

THÈSE 895
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR
Eliézér DAVIDOVICI
Né le 2 Octobre 1910, à Braila (Roumanie).

Quelques cas d'Erreur de Diagnostic
ayant conduit à des Laparotomies,
au cours de la Grossesse

*Travail du Service de M. le Professeur Agrégé M. Metzger,
à la Maternité de l'Hôpital Bichat*

Président : M. TANON, Professeur

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eliézer DAVIDOVICI

Né le 2 Octobre 1910, à Braila (Roumanie).

Quelques cas d'Erreur de Diagnostic ayant conduit à des Laparotomies, au cours de la Grossesse

*Travail du Service de M. le Professeur Agrégé M. Metzger,
à la Maternité de l'Hôpital Bichat*

Président : M. TANON, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1935



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE. CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE. MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent**

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE .		CADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol.....		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT. ...		SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL-			
LERY-RADOT .		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
SÉZARY.		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MARIE-JEAN-LÉON,
MA COUSINE.

*Je dédie ce travail en témoignage
de ma reconnaissance pour tout
ce qu'elle a fait pour moi.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON FRÈRE DAVID.

A LA COUSINE DE MA MÈRE ET A SON MARI,
M. L. BLUMENFELD,

Chirurgien-Dentiste,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. ROBERT KOLTAL.

A M. ISAC COHEN.

*A tous mes remerciements et ma
gratitude.*

A NOTRE MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR M. METZGER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur de l'Hôpital Bichat.

*Pour nous avoir permis de remplir
durant près d'un an les fonctions
d'externe, dans son service, à la
Maternité de l'hôpital Bretonneau.*

*Pour nous avoir suggéré le sujet de
cette thèse, et permis sa réalisation
au cours de l'année 1935 dans
son récent service à la Maternité
de l'hôpital Bichat.*

Notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON,

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris,
Directeur de l'Institut d'Hygiène,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour le très grand honneur qu'il
nous fait en présidant cette thèse.
En témoignage de notre profonde
gratitude et respectueuse admira-
tion.*

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLUJ.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

« Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, Hygie et Panacée, et je prends à témoin tous les dieux, toutes les déesses, d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte: d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet art, de faire vie commune et, s'il est besoin de partager avec lui mes biens; de tenir ses enfants pour mes propres frères, de leur enseigner cet art, s'ils ont besoin de l'apprendre, sans salaire ni promesse écrite; de faire participer aux préceptes, aux leçons et à tout le reste de l'enseignement, mes fils, ceux du maître qui m'a instruit, les disciples inscrits et engagés suivant les règlements de la profession, mais ceux-là seulement. J'appliquerai les régimes pour le bien des malades, selon mon pouvoir et mon jugement, jamais pour faire tort ou mal à personne. Je ne donnerai à personne, pour lui complaire, un remède mortel ou un conseil qui l'induisse à sa perte. De même je ne donnerai pas à une femme un pessaire abortif. Mais je conserverai purs et ma vie et mon art. Dans toute maison où je viendrai, j'y entrerai pour le bien des malades, me tenant loin de tout tort volontaire et de toute séduction, et surtout loin des plaisirs de l'amour avec les femmes et les hommes, soit libres, soit esclaves; ce que dans l'exercice et en dehors de l'exercice, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu et entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. Si j'accomplis ce serment avec fidélité, qu'il m'arrive de jouir de ma vie et de mon art en bonne réputation parmi les hommes et pour toujours; si je m'en écarte et l'enfreins, qu'il m'arrive le contraire. »

(SERMENT D'HIPPOCRATE.)

INTRODUCTION

Mon maître, M. le Professeur agrégé Marcel Metzger, a bien voulu, sur notre demande, nous suggérer le sujet de ce travail, qui nous a paru très intéressant et valoir la peine qu'on s'en occupe. En effet, il a été frappé par le nombre des femmes enceintes qui viennent consulter et qui présentent une cicatrice opératoire à la suite d'une laparotomie faite par erreur du diagnostic de la grossesse. Pour une raison ou pour une autre, on leur a pratiqué une laparotomie, qui seule a pu démontrer, avec l'erreur de diagnostic, celle de thérapeutique.

Heureusement, ces erreurs sont rares. Nous avons eu l'occasion de voir à la Maternité de l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître M. Metzger, au cours de l'année 1935, deux femmes enceintes hospitalisées pour des raisons différentes et qui présentaient des cicatrices opératoires, suites de laparotomies. Nous avons ici, grâce à l'obligeance de M. M. Metzger, l'observation d'une troisième femme, qui plus malheureuse que les deux autres, fut conduite, à la suite de sa laparotomie par erreur de diagnostic, à la mort. Cette observation est très démonstrative par elle-même. Ces trois observations seront décrites plus loin en détail.

M. le Professeur Brindeau, dans son article sur

« La responsabilité du Chirurgien » (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1934), dit: « Il n'y a pas d'année où nous ne voyons à la consultation une ou deux femmes enceintes qui portent une cicatrice récente sur l'abdomen, il s'agit d'erreurs de diagnostic qui heureusement n'ont pas de suite puisque la grossesse continue... »

M. le Professeur agrégé R. Vandescal, dans son article sur le « Diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen et de la grossesse » (*Journal Médical français*, janvier 1931) donne comme cinq à six le nombre de ces erreurs, sur un nombre de 15.000 femmes qui viennent consulter chaque année à la clinique Tarnier.

M. M. Metzger croit que, si l'on réunissait les cas des hôpitaux de Paris, des grossesses opérées par erreur de diagnostic, il serait au-dessous de la vérité en appréciant à une dizaine de cas par an et encore on ne compterait que les cas où la grossesse a continué malgré la laparotomie (dans le « Diagnostic obstétrical des tumeurs de l'abdomen et de la grossesse », Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1934).

Quoique ces chiffres des différents auteurs soient légèrement distants les uns des autres, ils prouvent tous la rareté de ces cas. Pourtant le genre même de l'erreur est très à part et mérite qu'on s'y arrête.

Traiter cette question, c'est dire son opinion sur des choses assez délicates. Nous savons bien que « errare humanum est » et que très souvent il n'est pas question non seulement d'ignorance grave, mais même de légèreté, et qu'au contraire on arrive à faire l'erreur malgré certains efforts faits pour l'éviter.

La preuve en est apportée par les noms illustres de

certain chirurgiens qui ont pu se tromper dans leur diagnostic de la grossesse et comme suite dans le traitement.

Pourtant la tâche des hommes de science doit être de trouver le vrai et de chercher à écarter autant que possible l'erreur, même quand ce n'est pas très commode.

Le Professeur Brindeau écrit (dans l'article cité plus haut) « si j'avais le talent des auteurs qui ont fait l'éloge des sept péchés capitaux, j'écirai un opuscul sur l'éloge de l'erreur de diagnostic. Elle est nécessaire au médecin, elle nous rend plus prudent, plus circonspect et plus humble... Quand j'en commets une devant vous, je vous montre ce qui m'a amené à me tromper. L'erreur devient une leçon de chose qui marque. »

C'est dans cet esprit large des choses, que je voudrais essayer de faire cette étude.

Nous admettons donc que certaines erreurs peuvent servir de temps à autre en médecine. Malheureusement, le plus souvent, il n'en est pas ainsi et l'on n'a que des inconvénients comme résultat.

Voyons quels sont les inconvénients des erreurs de diagnostic, au cours de la grossesse, suivies de laparotomies.

Il y en a de peu considérables, mais non négligeables, et d'autres beaucoup plus importants, les voici : le premier est que les laparotomies ont malgré toutes les ressources modernes d'asepsie et d'antisepsie, un certain risque opératoire celui de l'infection, de l'hémorragie, du shock opératoire.

Le deuxième inconvénient est moins considérable, mais il existe quand même: la cicatrice opératoire reste là et constitue par sa présence une mutilation du ventre, qui devient et moins résistant et moins esthétique.

Du fait de la grossesse, il y a un troisième inconvénient, celui de l'avortement.

Quelques fois ces erreurs conduisent à l'hystérectomie et ce n'est que pièce en mains qu'on s'aperçoit de l'existence du fœtus!
dans deux des observations de ce travail.

La mort de la mère, enfin, peut s'en suivre, comme

Pour ces raisons, il m'a paru intéressant de chercher quelles étaient les causes d'erreur, qui conduisaient aux laparotomies, inutiles et dangereuses, de la grossesse, pour contribuer, si possible, par nos constatations, à les éviter.

Ayant comme point de départ, les trois observations recueillies à la Maternité de l'hôpital Bichat, nous avons cherché, dans la littérature médicale, des observations semblables, pour pouvoir faire cette étude sur un ensemble plus important de cas.

Nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble qui s'occupât avec toutes les causes d'erreur ayant conduit aux laparotomies, au cours de la grossesse. Nous avons, par contre, pu recueillir une trentaine d'observations d'erreur de diagnostic, suivies de laparotomies, publiées par les auteurs mêmes de ces erreurs.

Certains de ces cas nous paraissent avoir été traités avec facilité, par contre d'autres nous prouvent qu'ils ont dû réellement être très difficiles à résoudre.

C'est de ces derniers qu'on peut dire avec M. le Professeur Brindeau que « le malade lui-même, les symptômes, les signes, la rareté du fait clinique, tout semble s'être concerté pour tromper le chirurgien, et quand l'abdomen est ouvert on a presque le droit de dire que c'est le malade qui a eu tort » (*La responsabilité du chirurgien*, article cité plus haut).

ETUDE DES CAUSES D'ERREUR

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude d'ensemble des causes d'erreur, parce que les cas publiés sont rares et qu'il serait intéressant de connaître surtout les cas d'erreur dont on ne parle pas, et qu'on s'empresse encore moins de les publier quand on en est l'auteur.

Heureusement, des chirurgiens souvent célèbres publient les cas d'erreur dans le but de l'instruction et grâce à ceux-ci ce travail est plus complet.

Voici les diagnostics erronés faits, dans nos observations: sur les 32 observations que nous avons pu réunir en vue de ce travail, les erreurs ont consisté soit à méconnaître complètement la grossesse, soit à la prendre pour une extra-utérine. D'autres fois, pour faire le diagnostic, on a trouvé nécessaire de recourir à une laparotomie exploratrice.

Le tableau suivant donne les nombres respectifs des cas trouvés pour chaque diagnostic fait:

Extra-utérine	14 fois
Kyste de l'ovaire	5 fois
Appendicite	4 fois
Salpingite	3 fois
Fibrome	1 fois
Ulcère de l'estomac (<i>sic!</i>)	1 fois
Laparotomies exploratrices	4 fois

Deux signes, en particulier, nous ont paru être les principales causes d'erreur :

La douleur accompagnant un certain nombre de grossesses et *la tumeur* qui accompagne toutes les grossesses, qui est essentiellement bénigne... (mais qui peut quelquefois avoir un siège anormal). Nous voulons parler de l'augmentation normale de l'utérus, par le développement de l'œuf. Quelques fois, il y a une véritable tumeur avec une grossesse méconnue coexistante.

La douleur ne manque presque dans aucun de nos cas, nous avons pourtant groupé quelques-unes de ces observations sous le titre de *grossesses douloureuses*, en raison de la prédominance de ce signe.

Parmi les cas de grossesses prises pour des tumeurs, nous avons mis à part, au point de vue des causes occasionnelles de l'erreur, les *déviation anormales de l'utérus*, les *utérus doubles*, avec leurs variétés, *l'allongement hypertrophique du col*, qui donne une nuance d'anormal au siège habituel de la tuméfaction utérine par la grossesse.

Nous interpréterons donc les observations pour trouver, selon nous, les causes d'erreur.

Nous publions ici nos trois observations inédites et nous renvoyons pour la lecture intégrale des autres observations, aux divers journaux médicaux où elles ont parues. La bibliographie se trouvant à la fin de ce travail et les autres indications au cours de cette étude aideront le lecteur à les trouver.

**a) Observations de la Maternité
de l'hôpital Bichat**

Première observation (inédite).

Mme B..., 26 ans, II^e grossesse, entrée dans le service le 16-1-35 pour vomissements incessants au cours de sa grossesse.

Antécédents physiologiques: réglée à 13 ans, habituellement bien réglée, D. R. 16/21 octobre 1934.

Antécédents héréditaires: sans intérêt.

Antécédents pathologiques: otite à 17 ans, scarlatine à 20, suivie d'un point de congestion pulmonaire. Depuis l'âge de 13 ans, elle souffre de sa hanche droite, et boite par périodes, surtout après fatigue.

Antécédents obstétricaux : en 1933, accouchement normal à terme, d'une fille vivante de 8 livres. Délivrance et suites de couches normales. Quatre mois après l'accouchement, réapparition des douleurs de la hanche droite. Le docteur X... applique un plâtre qui immobilise la hanche et qui est laissé en place 5 mois.

Le 29 novembre 1934, la malade, qui était soignée à ce moment pour de la « salpingite » (quelques douleurs abdominales de temps à autre, qu'elle soigne avec des injections vaginales...), est opérée par le docteur X... pour « appendicite ». Nous apprenons par l'interrogatoire, qu'elle avait présenté quelques douleurs abdominales, des vomissements et pas de fièvre.

Ni la malade, ni le chirurgien ne font le diagnostic de grossesse.

L'opération accomplie la malade continue à vomir quotidiennement et plusieurs fois par jour. Comme ses dernières règles datent du 16-21 octobre, elle pense (avec un peu de retard) être enceinte, va consulter un médecin qui, pour lui faire cesser ces vomissements, lui met d'abord un pessaire, qu'elle porte un mois. Elle prend ensuite la potion de Rivière, des gouttes d'adrénaline, sans résultat.

A son entrée à la maternité de l'hôpital Bichat, elle vomit encore 4-5 fois par jour, le matin au réveil, des vomissements muco-bilieus, verdâtres, ensuite les aliments ingérés.

L'examen à l'entrée met en évidence la luxation de la hanche droite. La femme a du mal à tenir debout, en raison de sa faiblesse. Le pouls est à 85. La tension artérielle à 11-7 au « Vaquez ».

L'examen obstétrical montre à l'inspection du ventre la cicatrice de son opération pour « appendicite ».

Le toucher vaginal montre un utérus augmenté comme pour une grossesse de trois mois environ. Le bord supérieur de l'utérus dépasse la symphise pubienne de 4 travers de doigts.

Le col est ramolli et perméable à son orifice externe.

Le sacrum est aplati et le promontoire est accessible au bout du médius.

Après quelques jours d'isolement, la malade sort du service guérie de ces vomissements, après un traitement habituel de ces vomissements, par l'isolement.

Nous pensons que l'appendicite de cette femme n'a jamais existé. D'abord parce que l'opération faite fin novembre, le fut en période d'aménorrhée (le chirurgien n'y pense pas, la malade n'en parle pas) et ensuite parce que les vomissements qu'elle présentait et les quelques douleurs paraissent plutôt en liaison avec la grossesse. On a d'ailleurs la preuve que le traitement de sa maladie, l'*efficace*, ne fut ni l'appendicectomie, ni la potion de Rivière, mais l'isolement et la psychothérapie. Le passage sous silence ou — sous *l'ignorance de l'aménorrhée* par le chirurgien ne nous fait rien penser de bien sur le reste de son savoir.

Deuxième observation (inédite).

Mme L..., 32 ans. II^e pare, à sa III^e grossesse. Entrée dans le service le 8-1-35 pour des douleurs abdominales au cours de sa grossesse.

Antécédents physiologiques: réglée à 14 ans. Règles très irrégulières, aménorrhée prolongée de temps à autre. Douleurs pendant sa menstruation.

Antécédents pathologiques: aucun (sinon son opération le 12 novembre 1934 à Saint-Michel, pour « kyste de l'ovaire et appendicite »).

Antécédents obstétricaux: mariée en 1924.

I^{re} grossesse, en 1925. — Accouchement et suites de couches normaux.

II^e grossesse, en 1926. — Terminée par une fausse

couche de 3 mois, suivie de fièvre élevée pendant deux jours. Pas de curettage.

III^e grossesse, en 1927. — Rien de particulier.

IV^e grossesse (l'actuelle). — Dernières règles du 7-11 septembre. Etant enceinte de 2 mois, elle est opérée pour « kyste de l'ovaire » à cause de sa « tumeur » du ventre. On aurait constaté au cours de l'opération un « fibrome » qu'on enlève, en même temps que l'appendice.

Vers le 25 décembre, la malade est prise de douleurs dans le ventre et dans les reins, avec pertes de glaires blanches.

A l'examen d'entrée on voit la cicatrice opératoire de laparotomie. Le toucher vaginal combiné au palper montre un utérus gravide de 3 mois environ.

Ici, les irrégularités de ses menstruations paraissent avoir contribué à l'erreur. Ce qui nous fait conclure que même dans des cas pareils, il faut d'abord éliminer la possibilité d'une grossesse avant de considérer cette amenorrhée comme habituelle, ou d'autre cause.

Troisième observation (inédite).

Mme T... entre dans le service le 4 octobre 1935 vers 21 h. en ambulance, ayant accouché en ville, 2 heures auparavant, d'un enfant vivant du sexe féminin, pesant 1320 gr.

Au dire de la malade, la délivrance vue par un médecin était complète.

La température de la femme à son entrée était de 39°.

L'interrogatoire de l'infirmière l'accompagnant apprend que cette femme présente de la fièvre (38°5 le matin, 39°5 le soir) depuis plusieurs jours à la suite d'une laparotomie médiane sous-ombilicale pratiquée le 27 septembre. Cette intervention aurait été pratiquée dans le but d'enlever un kyste de l'ovaire. A l'ouverture de l'abdomen, on aurait porté le diagnostic de grossesse ignorée jusque-là. Fermeture de la paroi.

Le 4 octobre. Avant le départ de la clinique où elle était traitée, on lui enlève les agrafes. Sous l'influence des contractions de la paroi abdominale pendant son accouchement, déhiscence de la paroi sur toute la longueur de la suture.

A l'examen d'entrée, on note une large plaie cutanée s'étendant sur toute la région sous-ombilicale. A la partie supérieure de cette plaie apparaissent deux anses intestinales, distendues, rougeâtres. De la plaie s'écoule un liquide sero-sanguant.

L'abdomen est météorisé.

21 h. 30. La malade est anesthésiée au chloroforme. L'examen attentif de la plaie montre que seuls les plans cutanés sont séparés sur toute la longueur de l'incision. Les plans musculaires aponévrotiques sont encore réunis dans la moitié inférieure de la plaie, mais présentent un aspect terne avec un liquide séreux qui s'écoule.

Lavage des anses intestinales au sérum chaud.

Réintégration des anses dans l'abdomen.

On met un gros drain intra-péritonéal.

Suture de la paroi en un plan aux crins doubles. Cette paroi est en mauvais état, les muscles se déchirent au passage de l'aiguille.

On met un deuxième drain entre le plan musculaire et cutané de la partie inférieure de la plaie.

Le 5 octobre, matin: température à 39°6.

— soir : — 40°3.

Le 6 octobre, matin: — 40°.

— soir : — 40°3.

Le 7 octobre, matin: — 41°2.

et la malade meurt.

C'est donc, en résumé, le cas d'erreur de diagnostic chez une femme enceinte de plusieurs mois, faite par un opérateur pas fameux, ni en matière de diagnostic de la grossesse, ni en matière d'asepsie, puisque cette femme entre dans le service infectée et avec les anses intestinales dans un pansement...

Nous croyons que c'est ici l'exemple de la faute inexcusable puisque le diagnostic clinique de la grossesse, à supposer difficile dans ce cas, aurait dû être confirmé par le laboratoire.

b) Observations publiées

Nous avons groupé ces cas selon le signe particulier qui nous a paru être une cause occasionnelle de l'erreur.

I. — *Le vomissement comme cause d'erreur.*

M. Metzger (1) publie 2 observations dans lesquelles on opère par erreur de diagnostic 2 patientes différentes, l'une avec le diagnostic d'ulcère à l'estomac, alors qu'elle était enceinte de six semaines, l'autre avec celui d'appendicite et qu'il a l'occasion de voir après l'opération.

La cause principale de ces erreurs nous paraît en liaison avec l'ignorance de l'amenorrhée et avec l'examen incomplet.

II. — *La douleur au cours de la grossesse.*

M. E. Decherf (dans le *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Lille, 1924), publie deux observations d'erreur de diagnostic suivies de laparotomies.

Voici ce que nous fait penser la première, qu'il intitule « Légère salpingite gauche chez une femme enceinte de 2 mois. Laparotomie exploratrice » : le retard des règles de six semaines que cette femme présentait aurait dû automatiquement faire penser à une grossesse. Les traités classiques nous enseignent qu'on ne peut faire le diagnostic clinique de la grossesse avec certitude avant 4 mois $1/2$, quand on entend les bruits du cœur fœtal. Nous croyons, par contre, le diagnostic clinique (de certitude) de la grossesse, possible dès six semaines.

(1) Leçons du jeudi soir à la Clin. Tarnier, 1934.

Nous dirons ensuite, à propos du fait que la patiente de M. Decherf est opérée un peu aussi parce qu'elle « insiste pour être opérée », que les désirs de nos patients ne doivent pas nous influencer quand il s'agit de prendre une décision opératoire d'une haute importance.

Que faut-il penser de la « salpingite » de cette femme? Nous croyons qu'une légère douleur dans le cul-de-sac latéral ne suffit pas pour faire le diagnostic. Il faut trouver une tuméfaction de la trompe.

Que faut-il penser des douleurs que cette femme présentait, surtout un mois avant l'opération et que faut-il penser des réactions douloureuses de la grossesse en général?

Nous ne pouvons que renvoyer pour la réponse à la lecture de l'article de notre Maître M. Metzger, sur les « réactions douloureuses de la grossesse » (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1931) où il en est largement question. Retenons pourtant immédiatement une chose capitale qui s'en dégage: c'est que très souvent les réactions douloureuses de la femme enceinte sont en liaison avec le métabolisme de la chaux et avec les modifications des muscles et des os subies au cours de la grossesse. Ces douleurs sont superficielles, musculaires et non organiques, ou profondes.

Dans l'autre observation de M. Decherf, qu'il intitule « grossesse douloureuse, Laparotomie exploratrice, accouchement à terme d'un enfant mort », on porte également le diagnostic de salpingite, sans trouver une tuméfaction de la trompe. Nous remarquons que le siège de la douleur, chez cette femme, était du *côté droit* de l'abdomen. Dans l'article de M. Metzger,

cité plus haut, on pourrait voir que souvent ces douleurs ont comme siège de prédilection le côté droit de l'abdomen, sans que l'on puisse à l'heure actuelle expliquer cette prédominance.

Le Dr Keim (dans *le Courrier Médical*, 1926) publie une longue et détaillée observation, où l'on voit que la difficulté d'examiner cette femme obèse, fait faire tour à tour le diagnostic d'appendicite, de salpingite droite, d'extra-utérine et que finalement « autant pour fixer définitivement le diagnostic, que pour enlever si possible la cause de la douleur », on fait une laparotomie.

Nous croyons que dans ce cas on aurait encore pu attendre, car les signes que cette malade présentait ne paraissaient pas alarmants.

Nous relevons en passant que la douleur siégeait également à droite, et qu'un peu de sensibilité abdominale persistait « après » l'opération, ce qui n'étonne nullement si l'on donne la véritable interprétation aux douleurs que cette femme présenta, en incriminant le métabolisme du calcium.

Dupuis (Thèse, Lille, 1906) cite l'observation de Tissier où l'on voit que le diagnostic de grossesse est fait, mais la malade n'est pas moins opérée pour une appendicite illusoire.

Laurentie (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924) présente un cas de laparotomie par erreur, mais où la grossesse n'est pas méconnue. Avec une douleur à droite, il pose le diagnostic d'appendicite, il s'agissait en réalité de coli-bacillose.

III. — *Les déviations anormales de l'utérus gravide comme cause d'erreur.*

L'erreur consiste ici soit à complètement méconnaître la grossesse, soit à la confondre avec une extra-utérine.

Vacheron (Thèse méd., Toulouse, 1921), cite l'observation de Fieux, où une latéro-flexion interne avec quelques pertes sanguines, induisent en erreur et font porter le diagnostic d'extra-utérine. De même dans l'observation de M. Second.

L'observation un peu vieille de Varnier, citée également par Vacheron, montre une erreur de diagnostic conduisant à une laparotomie pour kyste de l'ovaire inexistant. Il s'agissait en réalité d'une latéro-flexion.

De même dans l'observation de M. Routier, où l'on fait le diagnostic d'extra-utérine et où seule la laparotomie fixe le diagnostic de grossesse normale. L'avortement fut la suite.

Muret (*Rev. de Gyn. et Chir. abdom.*, 1898, n° 6) nous cite l'observation de Wening, où l'on voit une laparotomie malheureuse entraîner avec l'avortement la mort de la mère. Ici, le chirurgien agit, en outre, parce que « la famille de la malade réclamait avec insistance l'opération ».

M. Schiekele (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1923), présente une observation où une latéro-flexion utérine et quelques douleurs font également faire le diagnostic d'extra-utérine. C'est la laparotomie qui prouva l'erreur.

IV. — *Les malformations utérines comme cause d'erreur.*

Nous ne ferons que citer ces quelques observations où la bifidité de l'utérus fut la cause commune de l'erreur, telle celle de Michon et Labry (*Lyon Médical*, 1926), celle de Muret (plus haut cité), celle de A. Grosse (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1929).

Cette dernière observation a ceci de particulier qu'elle nous montre un accouchement premier normal chez une porteuse d'utérus bifide et nous prouve qu'elle aurait certainement pu mener à bien sa 2^e grossesse si on ne lui avait fait une laparotomie « pour extra-utérine ».

Muret (cité plus haut) cite l'observation de Selmaïr où l'on voit que la cause occasionnelle de l'erreur est la longueur anormale du col.

M. Metzger a récemment attiré l'attention sur ces cas particuliers du col utérin, qui peuvent induire en erreur (Leç. du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1935).

M. Schikele (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1923) nous présente l'observation d'une femme opérée pour « kyste de l'ovaire » inexistant et où le col présentait une partie supra-vaginale dure et longue.

V. — *La grossesse angulaire et l'erreur.*

Voici le cas cité par E. Douay et R. RoCHAT (*Gyn. et Obst.*, 1923, 1) où l'on peut voir que l'auteur de l'erreur qui prend pour une extra-utérine une grossesse angu-

laire est notre Maître M. Jean-Louis Faure, du temps où il n'était qu'interne.

M. Michon et Labry (*Lyon Médical*, 1926) publient un cas de ce genre.

Michel et Duroch (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1922) en publient un autre.

Le cas de MM. Michel et Sabotier (même article que plus haut) est très intéressant parce qu'il prouve nettement que quand on est prévenu en matière de diagnostic différentiel, on peut éviter une erreur, que d'autres moins prévenus, n'évitent pas. Il s'agit d'une femme qui est renvoyée chez elle par ces auteurs, après examen, avec le diagnostic de grossesse normale. Cette femme consulte un autre médecin et celui-ci fait le diagnostic d'extra-utérine et trouve... une grossesse normale.

Mothe (Thèse méd., Toulouse, 1909) cite un cas d'erreur de diagnostic faite chez une gémellaire qu'on opère pour « extra-utérine ».

Muret (cité plus haut) présente l'observation de M. Martin, qui est très amusante, non en raison de l'erreur de diagnostic et de thérapeutique mais parce qu'on y voit qu'après l'introduction — sous narcose — des doigts de M. Martin « jusqu'à l'extrémité supérieure de l'utérus gravide », cette femme accouche à terme d'un enfant vivant!!

Mothe cite encore une observation où en dehors de la greffe angulaire de l'œuf, il y a une latéro-flexion utérine qui induit en erreur.

VI. — *Les tumeurs accompagnées de grossesses méconnues.*

La présence d'une tumeur et des pertes sanguines écartèrent dans ces cas totalement l'hypothèse d'une grossesse. C'est ainsi qu'il se passe dans le cas de M. Rouville (*Rev. de Gyn. et Obst.*, 1923).

Dans le cas de M. Moiroud (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1932), on est complètement étonné de voir que, chez une femme normalement réglée jusqu'alors et qui présente un arrêt des règles depuis trois mois, on ne fait pas automatiquement le diagnostic de grossesse coexistante. On fait le diagnostic de « kyste de l'ovaire tordu ». L'hystérectomie prouva qu'il était question d'un fibrome avec dans l'utérus un œuf de trois mois.

CONCLUSION

En résumé, notre étude, sur les causes d'erreur ayant conduit à des laparotomies, au cours de la grossesse dans ces cas, nous fait constater que :

I. — On oublie trop souvent l'aphorisme suivant : Toute femme jeune, bien portante, habituellement bien réglée, et qui n'a plus ses règles, est enceinte (M. Metzger).

II. — Tout examen gynécologique doit être fait dans un esprit obstétrical : chez toute femme présentant une tumeur abdominale avec aménorrhée, penser d'abord à la grossesse.

III. — Ne pas se hâter d'opérer une tumeur qui pourrait être une grossesse, avant d'avoir utilisé le test biologique.

IV. — D'ailleurs, un examen clinique attentif permet le plus souvent de s'en passer.

V. — On évitera de se baser pour intervenir, sur des signes secondaires qui, mal interprétés, peuvent

tromper: vomissements, douleurs, pertes sanguines prises pour des règles.

VI. — Il n'est pas douteux que certains cas de diagnostic de la grossesse sont très difficiles: s'il n'y a pas d'urgence à opérer, l'évolution et la tumeur donneront la clef du problème, en tous cas le laboratoire sera d'un précieux secours et devra toujours être consulté dans les cas difficiles.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

TANON

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BRINDEAU. — La responsabilité du chirurgien. (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1934.)
- E. DECHERF. — De la laparotomie au cours de la grossesse. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lille*, 1924.)
- E. DOUAY et R. ROCHAT. — *Gyn. et Obst.*, 1923, 1.
- A. GROSSE. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1929.
- G. KEIM. — Un cas difficile de grossesse douloureuse. (*Le Courrier Médical*, 1926.)
- LAURENTIE. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Toulouse, 1924.
- GAUDIER et DEQUENNE. — *Soc. d'obst. et de gyn., de Lille*, 1932.
- M. METZGER. — *L'accoucheur moderne*.
- M. METZGER. — Réactions douloureuses au cours de la puerpéralité. (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1931.)
- M. METZGER. — Diagnostic obstétrical des tumeurs de l'abdomen. (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1934.)
- M. METZGER. — Les utérus à petits cols (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1935, sera publiée.)

- MICHON et LABRY. — *Lyon Médical*, 1926.
- MICHEL et DUROCH. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy*, 1922.
- MICHEL et SABOTIER. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy*, 1922.
- MOTHE. — *Thèse Méd.* Toulouse, 1909.
- P. MOIROUD. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Marseille, 1932.
- MURET. — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdomin.*, 1898, n° 6.
- OUVRIER. — *Thèse*, de Paris, 1900.
- M. REEB. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1923.
- SCHIKELE. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1923.
- DUPUIS. — *Thèse Méd.*, Lille, 1906.
- VACHERON. — *Thèse Méd.*, Toulouse, 1921.
- R. VAUDESCAL. — Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales et de la grossesse. (*Journal Méd. français*, janvier 1931.)

